

<https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-1-41-45>

Пепельный дерматоз у ребенка

Прошутинская Д. В.^{1,*}, Маковецкая О. С.², Нефедова М. А.²

¹Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования
Министерства здравоохранения Российской Федерации
123995, Российская Федерация, г. Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1

²Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии
Министерства здравоохранения Российской Федерации
107076, Российская Федерация, г. Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6

Представлено описание редкого заболевания — пепельного дерматоза у ребенка. Приведены данные литературы с обсуждением вопросов этиологии и патогенеза, а также клинической картины и диагностики заболевания.

Ключевые слова: **пепельный дерматоз, стойкая дисхромическая эритема, пятна серого цвета**

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Для цитирования: Прошутинская Д. В., Маковецкая О. С., Нефедова М. А. Пепельный дерматоз у ребенка. Вестник дерматологии и венерологии. 2019;95(1):41–45. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-1-41-45>



Ashy dermatosis in a child

Diana V. Proshutinskaya^{1,*}, Oksana S. Makovetskaya², Maria A. Nefedova²

¹ Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Ministry of Health of the Russian Federation
Barrikadnaya str., 2/1, Moscow, 123995, Russian Federation

² State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation
Korolenko str., 3, bldg 6, Moscow, 107076, Russian Federation

The paper provides a description of a rare skin condition, erythema dyschromicum perstans (also called ashy dermatosis), in a child. The authors present a literature review on the issue. A particular attention is given to the etiology and pathogenesis, as well as the clinical picture and diagnostics of the disease.

Keywords: ashy dermatosis, erythema dyschromicum perstans, grey spots

Conflict of interest: the authors state that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

For citation: Proshutinskaya D. V., Makovetskaya O. S., Nefedova M. A. Ashy dermatosis in a child. Vestnik Dermatologii i Venerologii. 2019;95(1):41–45. <https://doi.org/10.25208/0042-4609-2019-95-1-41-45>

■ Пепельный дерматоз, или стойкая дисхромическая эритема, относится к группе заболеваний, характеризующихся приобретенными гиперпигментированными пятнистыми высыпаниями. Характерный пепельно-серый оттенок очагов обусловил название дерматоза [1, 19]. Первое клиническое описание принадлежит О. Ramírez, который в 1959 г. представил пациента с клиническими проявлениями пепельно-серого дерматоза на Конгрессе дерматологов Центральной Америки [2, 4, 13]. Позже M.B. Sulzberger обратил внимание на вариативность цвета высыпаний, включая пепельно-черный, голубовато-серый, коричнево-серый и красноватый, в связи с чем ввел термин «стойкая дисхромическая эритема» [5, 6, 20]. Заболевание наиболее распространено в Центральной Америке, имеются описанные случаи в США, Японии, Центральной Европе [5, 8, 11, 19].

В настоящее время нет окончательных данных об этиологии и патогенезе пепельного дерматоза. Высказываются различные гипотезы о генезе заболевания.

J.R. Persob и R.S. Rogers на основании результатов гистологического исследования кожи больных пепельным дерматозом предположили поствоспалительный характер пигментации, в основе которого лежит базальноклеточный апоптоз с вакуолизацией базальных клеток эпидермиса и отложением IgM [3, 6, 19].

Preissl и Faff связывают развитие заболевания с токсико-аллергическим процессом, вызванным лекарственными препаратами, пищевыми продуктами или косметическими средствами [7–9, 11, 20]. Обсуждается также роль гельминтов, эндокринной патологии и иммунных нарушений [11, 20].

В настоящее время считается, что пепельный дерматоз может возникнуть в любом возрасте, как правило, старше пяти лет, независимо от расовой и половой принадлежности [12, 13]. Заболевание характеризуется внезапным появлением пепельно-серых пигментных пятен или слегка возвышающихся бляшек с неровными краями, гладкой поверхностью, различных размеров и очертаний, и медленным прогрессированием кожного процесса [14, 15]. На начальном этапе по периферии пятен обнаруживается узкий розовый венчик, который в более поздней стадии исчезает или замещается гипопигментацией. Высыпания могут локализоваться на любом участке кожи, чаще в области шеи, плеч, груди, спины, бедер. На туловище пятна нередко располагаются вдоль линий Лангера. Кроме того, кожный процесс может быть унилатеральным или линейным. Слизистые оболочки не поражаются. Общее состояние пациента не страдает. Субъективно может беспокоить незначительный зуд. Течение заболевания длительное, со временем может наблюдаться уменьшение интенсивности окрашивания элементов. Описаны случаи самопроизвольного регресса пятен в течение нескольких лет [4, 16, 17].

Дифференциальный диагноз проводят с гемохроматозом, фиксированной эритемой, пигментной формой красного плоского лишая, мастоцитозом, пятнистым амилоидозом, очаговой склеродермией, сифилисом [1, 4, 18].

Эффективных методов лечения заболевания не разработано. Описано использование топических и системных глюкокортикостероидов, дапсона, антиmalarийных препаратов, антибиотиков, кератолитических и солнцезащитных средств. Эффект от лечения в большинстве случаев неудовлетворительный. На-

ружно применяют эмолиенты с содержанием мочевины и крем с азелаиновой кислотой. В литературе есть единичные данные об успешном применении ультрафиолетового излучения, противолепрозных средств [20].

Представляем собственное клиническое наблюдение. В 2016–2017 гг. в отделении детской дерматологии ФГБУ «Государственный научный центр дерматологии и косметологии» Минздравсоцразвития России наблюдалась девочка М., 15 лет, с диагнозом «пепельный дерматоз». Первые высыпания заметили за несколько месяцев до обращения в виде пятен по типу синяков (около 15 пятен). Обратились к педиатру по месту жительства, где диагноз не был установлен, была рекомендована консультация гематолога. В результате обследования данных за гематологическую патологию выявлено не было. При последующих обращениях к дерматологам были заподозрены диагнозы «васкулит», «мастоцитоз». В связи с прогрессированием кожного процесса родители ребенка обратились в ФГБУ «Государственный научный центр дерматологии и косметологии» Минздравсоцразвития России для уточнения диагноза и определения тактики лечения. Из анамнеза жизни установлено, что аллергологический анамнез и наследственный анамнез не отягощены, из перенесенных заболеваний отмечают редкие ОРВИ, ветряную оспу.

При осмотре кожный патологический процесс носит распространенный характер с поражением груди, живота, спины, боковых поверхностей тела. Представлен множественными отдельными и местами сливающимися пепельно-серыми и серо-голубыми пигментными пятнами размером от 0,3 до 1,0 см (рис. 1, 2, 3). Субъективных жалоб нет. Придатки кожи и видимые слизистые не поражены.

При лабораторном обследовании в клиническом анализе крови выявлен повышенный уровень эозинофилов (8 при норме до 5), общий анализ мочи без



Рис. 1. Множественные пепельно-серые и серо-голубые пятна на коже спины
Fig. 1. Multiple ash gray and blue gray spots on the skin of the back



Рис. 2. Очаги пепельно-серого и серо-голубого цвета на боковой поверхности туловища справа
Fig. 2. Foci of ash-gray and gray-blue colour on the lateral surface of the body on the right



Рис. 3. Дерматоскопическая картина пятнистого элемента при пепельном дерматозе
Fig. 3. A dermatoscopic picture of the element of the spots in ashy dermatosis (erythema dyschromicum perstans)

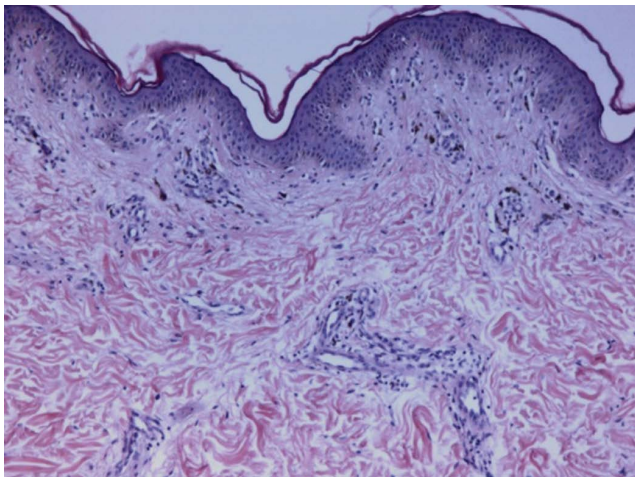


Рис. 4. Патологический процесс локализуется в сосочковой дерме, где отмечается диффузное и периваскулярное распределение коричневого пигмента (меланина). Эпидермис без выраженных изменений. Увеличение $\times 100$
Fig. 4. The pathological process is localized in the papillary dermis, where a diffuse and perivascular distribution of brown pigment (melanin) is observed. Epidermis without pronounced changes. Magnification $\times 100$

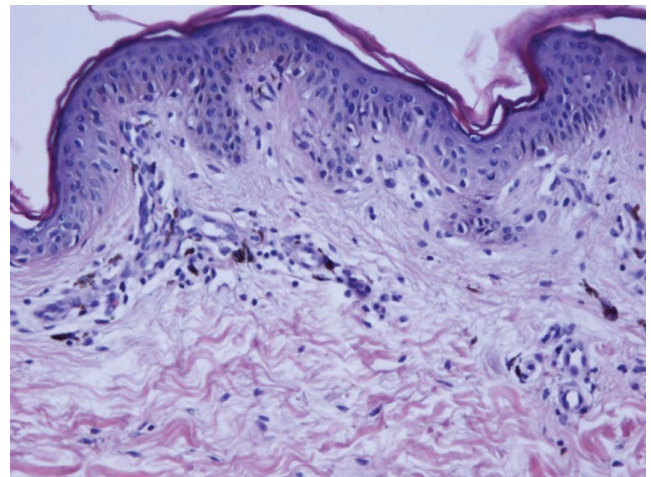


Рис. 5. В эпидермисе — умеренная пигментация и вакуолярная дистрофия базальных кератиноцитов. В сосочковой дерме пигмент локализуется преимущественно внутри меланофагов, окрашивая их цитоплазму в коричневый цвет. Признаки васкулита отсутствуют. Увеличение $\times 200$
Fig. 5. Moderate pigmentation and vacuolar dystrophy of basal keratinocytes in the epidermis. In the papillary dermis, the pigment is localized predominantly inside the melanophages, staining their cytoplasm brown. The signs of vasculitis are absent. Magnification $\times 200$

патологических отклонений. Биохимический анализ крови и коагулограмма в пределах нормальных значений.

С целью уточнения диагноза была произведена диагностическая биопсия из очага высыпаний с последующим гистологическим исследованием, проводимым по стандартной методике с окрашиванием препаратов гематоксилином-эозином и их анализом на световом микроскопе с возможностью фотофиксации изображений (рис. 4, 5).

При гистологическом исследовании: эпидермис без значимых изменений, с умеренной пигментацией и вакуолярной дистрофией базальных кератиноцитов

и выраженным недержанием пигмента. В сосочковой дерме диффузно и в составе периваскулярных инфильтратов — большое количество меланофагов, нагруженных пигментом. Признаков васкулита не отмечалось.

С учетом данных анамнеза, клинической картины и гистологического исследования ребенку был установлен диагноз: пепельный дерматоз. Рекомендованы топические увлажняющие средства с содержанием мочевины 10–20 % и крем с азелаиновой кислотой.

Описанный клинический случай представляет интерес как редко встречающаяся патология в детской дерматологической практике. ■

Литература/References

1. Naidorf K. F., Cohen S. R. Erythema dyschromicum perstans and lichen planus. *Arch Dermatol.* 1982;118(9):683–685.
2. Ramirez C. O. Los cenicientos: problema clinica. In: *Memoria del Primer Congreso Centroamericano de Dermatologica.* December 5–8, 1957, San Salvador. El Salvador; 1957. P. 122–130.
3. Person J. R., Rogers R. S. Arch Dermatoses. An Apoptotic Disease? *Arch of Dermatol.* 1981;117(11):701–704.
4. Vasquez-Ochoa L. A., Isaza-Guzman D. M., Orozco-Mora B., Restrepo-Molina R., Trujillo-Perez J., Tapia F. J. Immunopathologic study of erythema dyschromicum perstans (ashy dermatosis). *Int J Dermatol.* 2006;45:937–941.
5. Стойкая дисхромическая эритема (пепельный дерматоз). http://dermline.ru/nav/main/eritema_dishromicheskaja.htm [Erythema dyschromicum perstans (ashy dermatosis). http://dermline.ru/nav/main/eritema_dishromicheskaja.htm (In Russ.)]
6. Urano-Suehisa S., Tagami H., Iwatsuki K. Unilateral ashy dermatosis occurring in a child. *Arch Dermatol.* 1984;120:1491–1493.
7. Елькин В. И., Митрюковский Л. С., Седова Т. Г. Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы. Иллюстрированный справочник по диагностике и лечению дерматозов. Пермь; 2004. 946 с. + вкл. 197 с. [Elkin V. I., Mitryukovskiy L. S., Sedova T. G. Featured dermatology. Rare dermatoses and dermatological syndromes. Illustrated guidebook on the diagnosis and treatment of dermatoses. Perm; 2004. 946 p. + suppl. 197 p. (In Russ.)]
8. Schwartz R. A. Erythema dyschromicum perstans: the continuing enigma of Cinderella or ashy dermatosis. *Int J Dermatol.* 2004;43:230.
9. Srivastava N., Solanki L. S., Chand S. et al. Ashy dermatosis — like pigmentation due to ethambutol. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2008;74(3):281–282.
10. Yokozeki H., Ueno M., Komori K., Nishioka K. Multiple linear erythema dyschromicum perstans (ashy dermatosis) in the lines of Blaschko. *Dermatology.* 2005;210:356–357.
11. Bahadir S., Cobanoglu U., Cimsit G., Yayli S., Alpay K. Erythema dyschromicum perstans: response to dapsone therapy. *Int J Dermatol.* 2004;43:220–222.
12. Osswald S. S., Proffer L. H., Sartori C. R. Erythema dyschromicum perstans: a case report and review. *Cutis.* 2001;68:25–28.
13. Torrelo A., Zaballos P., Colmenero I., Mediero I. G., de Prada I., Zambrano A. Erythema dyschromicum perstans in children: a report of 14 cases. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2005;19:422–426.
14. Shirahama S., Yagi H., Takigawa M. A case of ashy dermatosis with unilateral and band-like distribution. *Acta Dermatol Kyoto.* 1994;89:15–17.
15. Baranda L., Torres-Alvarez B., Cortes-Franco R., Moncada B., Portales-Perez D. P., Gonzalez-Amaro R. Involvement of cell adhesion and activation molecules in the pathogenesis of erythema dyschromicum perstans (ashy dermatitis). The effect of clofazimine therapy. *Arch Dermatol.* 1997;133:325–329.
16. Tschen J. A., Tschen E. A., McGavran M. H. Erythema dyschromicum perstans. *J Am Acad Dermatol.* 1980;2(4):295–302.
17. Заводский В.Н. Пепельный дерматоз. В кн.: Междисциплинарная научно-практическая конференция «Новые методы диагностики и лечения кожных заболеваний и инфекций, передаваемых половым путем»: Сборник научных работ Ярославской государственной медицинской академии. М.; 2009. С. 46–48. [Zavodskij V. N. Ashy dermatosis. Interdisciplinary research and practice meeting “New methods of diagnosis and treatment of skin diseases and sexually transmitted infections”: Collection of scientific works of the Yaroslavl State Medical Academy. Moscow; 2009. P. 46–48 (In Russ.)]
18. Родионов А. Н. Дерматокосметология. Поражения кожи лица и слизистых. Диагностика, лечение и профилактика. СПб.: Наука и техника; 2011. 912 с. [Rodionov A. N. Dermatocosmetology. Lesions of the facial skin and mucous membranes. Diagnosis, treatment and prevention. St. Petersburg: Nauka i tekhnika; 2011. 912 p. (In Russ.)]
19. Tlougan B. E., Gonzalez M. E., Mandal R. V. et al. Erythema dyschromicum perstans. *Dermatol On-line J.* 2010 Nov. 15;16(11):17.
20. Riquero-Martin J., Perez-Alfonso R., Abrusci V. et al. Clinical trial with clofazimine on treating erythema dyschromicum perstans. *Int J Dermatol.* 1989;28:198.

Информация об авторах

Диана Владиславовна Прошутинская* — д.м.н., доцент, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Министерства здравоохранения Российской Федерации; e-mail: diana.dika@mail.ru

Оксана Сергеевна Маковецкая — врач-дерматовенеролог Консультативно-диагностического центра Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации

Мария Андреевна Неведова — младший научный сотрудник отдела дерматологии Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения Российской Федерации

Information about the authors

Diana V. Proshutinskaya* — Dr. Sci. (Med.), Associate Professor, Professor of the Department of Dermatovenereology and Cosmetology, Russian Medical Academy of Continuing Professional Education, Ministry of Health of the Russian Federation; e-mail: diana.dika@mail.ru

Oksana S. Makovetskaya — Dermatovenereology Doctor of the Consultative and Diagnostic Center, State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation

Maria A. Nefedova — Junior Researcher, Department of Dermatology, State Research Center of Dermatovenereology and Cosmetology, Ministry of Health of the Russian Federation